

取組みが実施されているが、病院における医療提供を対象とした施策として病院の認証が重要である。病院は4年ごとに認証の手続きを行い、この手続きを通じて医療の質と安全の改善が図られる。認証の報告書は公表されることから、認証制度は、病院が質と医療安全の向上に取り組むための推進力となっている。

また、医療従事者を対象とした質の確保策も強化されており、2009年改革法によって、継続的な職業発展と呼ばれる仕組みが導入された。これは、医療従事者の継続教育研修と評価の手続きを一体化したものである。フランスでは2000年以降、質の確保の取組みが一段と強化されたことが明らかとなった。

D. 考察

(1) 他国と比較した改革の特徴とそれをもたらした要因

フランスにおける医療供給制度をめぐる改革方策の特徴として、①ARSの創設と地域圏保健計画を通じて、包括的な医療供給のコントロールの実現が目指されている点、②医療供給者間の柔軟で多様な連携が推進されている点が挙げられる。

このような特徴をもたらした要因として、一つ目は、フランスにおいては地域住民に質の確保された医療へのアクセスを確保することが医療政策上の最重要の課題の一つとして掲げられ、積極的に推進されていること、二つ目として、医療費の抑制が強く求められており、医療供給の効率性の向上が不可避であることが指摘できる。

(2) 日本にとって重要と考えられる点

新たに創設されたARSを検討することは、日本において医療供給政策を効果的・効率的に推進することを担当する機関、権限の付与、役割分担等について考えるための視座を提供する。

また、地域医療の確立について考えるために、フランスにおける医療供給体制の整備・構築に関する諸施策(保健医療計画、医療供給者の連携制度、プライマリ・ケアへのアクセスを確保するための方策)は、日本における改革方策の検討に多くの示唆を与える。

さらに、医療の質の確保をめぐるフランスの積極的な取組みについても、日仏比較の視点からさらなる検討が望まれる。

E. 結論

フランスでは、すべての人に対して質の確保された医療へのアクセスを確保するために、医療供給者の供給能力と配置のコントロール、供給者間の連携が積極的に推進されていることが明らかとなった。また、財政的な制約下において医療供給の効率化が求められているが、供給者間の連携の強化や役割分担の見直しを通じて、医療資源の効率的な活用や医療過疎化への対応、慢性疾患患者等への望ましい医療提供のあり方が模索されている。

フランスにおける改革方策を比較の視点から検討することは、フランスと同様に慢性疾患患者の増加や医療費の増大等の問題を抱え、医療保障制度上多くの共通点をもつ日本における改革方策を考える上でも有益であることが明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

松本由美「フランスにおける医療の質の確保に関する政策」『熊本大学教育学部紀要』第62号、2013年。

松本由美『フランスの医療保障システムの歴史の変容』早稲田大学出版会、2012年。

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

フランスの医療供給体制

松本 由美 (熊本大学)

はじめに

フランスの医療供給体制は、1990年代からの継続的な改革によって大きく姿を変えつつある。1990年代には病院を対象とした医療供給の構造的な改革が実施され、歴史的に大きな差異のあった公立病院と私立病院の制度的環境は、ほぼ統一された。改革を通じて、公私両部門の病院が相互補完的な入院診療を提供し、すべての人に病院医療へのアクセスを保障するための仕組みが構築されたが、医療供給者の連携の強化や医療の質の確保についてのさらなる取組みが求められている。

一方で、人口の高齢化や慢性疾患の増加、開業医の偏在等に起因する医療過疎化、さらには柔軟な働き方を求める医療従事者の声の高まりを背景として、プライマリ・ケアへのアクセスが危ぶまれる状況となっている。このため2000年代に入り、外来診療、とりわけプライマリ・ケアへのアクセスを確保することが喫緊の政策課題となっている。

本稿は、以上のような政策課題に対応するために実施された医療供給をめぐる改革方策について検討し、フランスにおける改革の特徴について考察することを目的とする。主に1990年代以降の改革方策について検討を行うが、とくに保健医療供給のあり方に大きな影響を与えた「病院改革と患者、保健医療および地域に関する2009年7月21日の法律(以下、HPST法とする)」に焦点を当て、同法による医療供給の変化を捉えていくこととしたい。

最初に医療供給体制の概要を確認し、その後、平等な医療アクセスの確保、供給者間の連携確保、質の確保の三つのテーマについて検討を行っていく。

1. 医療供給体制の概要

最初にフランスの医療供給体制の主な特徴について整理しておきたい。まず、入院診療については、公立病院が全ベッド数の6割以上を保有しており、中心的な提供主体である一方で、他のヨーロッパ諸国との比較の視点からは、営利・非営利の私立病院の担う役割が相対的に大きいことが特徴として指摘できる。入院診療の提供において民間部門の担う役割が大きいことは、日本と共通している。公私の両部門を通じて提供される入院診療は、近年の改革により創設された地域圏保健庁(*agence régionale de santé : ARS*)によってコントロールされている。ARSは、地域圏保健計画(*projet régional de santé : PRS*)を策定して病院の活動内容を定めるとともに、財源の配分を行っている。入院診療に関しては、我が国よりも公的な介入の範囲と程度が大きい。

一方、外来診療を担当する開業医には歴史的に開業の自由が保障されてきたが、これは日本と同様に今日まで堅持されている。このため、開業医による医療の提供状況は地域によって異なっており、医師不足の地域も見られ、医療へのアクセスを平等に確保することが政策的な重要課題となっている。開業医の偏在をはじめとした外来診療や在宅医療をめぐる諸問題に対応するため、現在、診療のグループ化や多職種連携の強化、さらには医療供給が不足している地域での医師の開業促進のための多様な試みが行われている。

以下では、まず医療提供者の現状について見ていく。

(1) 病院

1) 病院の種類

病院は、公衆衛生法典において、病人、負傷者および妊婦の診断、観察(surveillance)および治療を担うとされており、「医療施設(établissement de santé)」として規定されている。この医療施設は、運営主体に応じて公立、営利私立および非営利私立の三つに区分される。本稿では、それぞれ公立病院、営利私立病院、非営利私立病院と表記することとする。

フランスには 965 の公立病院が存在し、コミューン(あるいはコミューン共同)、県、地域圏(あるいは地域圏共同)および国が管轄する¹。表 1 によれば、病院医療の約 6 割(完全入院のベッドは全体の 62.5%、部分入院の診療場所の 59.8%)は公立病院において実施されている。公立病院のうち「地域圏病院センター(centre hospitalier régional)」は、より大規模で

表1 病院による医療提供の状況(2010年)

病院の種類	施設数	ベッドの数	部分入院の場の数
公立病院	956	260,642	37,761
地域圏病院センター(大学病院センターを含む)	33	75,903	8,663
病院センター(旧地域病院を含む)	810	154,182	14,319
精神科専門病院	90	26,849	14,350
その他の公立病院	23	3,708	429
非営利私立病院	707	58,436	11,359
がんセンター	19	2,918	737
その他の非営利私立病院	688	55,518	10,622
営利私立病院	1,047	97,632	13,995
回復期・リハビリテーション病院	321	24,774	1,819
短期医療・複数診療科病院	561	60,111	11,249
精神疾患病院	140	11,333	860
長期医療病院	12	508	-
その他の営利病院	13	906	67
合計	2,710	416,710	63,115

出典: DREES 2012: 81.

¹ 国、地域圏あるいは地域圏共同の公立病院はデクレ(政令)によって、その他の公立病院は地域圏保健庁の長官のアレテ(命令)により創設される。公立病院の分類は 2009 年 HPST 法によって変更され、公立病院の大部分は病院センター(centre hospitalier)と呼ばれる。近隣の住民に内科や長期の療養ベッドを提供していた地域病院(hôpitaux locaux)の呼称は廃止され、現在、分類の上では病院センターに含まれている。

高度に専門化された医療設備を保有する病院センターであり、フランスには 33 施設が存在する。地域圏病院センターのうち 29 施設は「大学病院センター(centre hospitalier universitaire)」の地位を有しており、患者の診療に加えて教育と研究の役割を担っている。その他の公立病院の多くは、分類の上「病院センター」と呼ばれており、810 施設がこれに該当し、公立病院の入院ベッドの半分以上を保有している。病院センターは地域における医療提供の核となる病院であり、短期の内科・産科・外科(Médecine-Chirurgie-Obstétrique : MCO)の急性期疾患の治療を行うほか、回復期・リハビリテーション医療(Soins de Suite et de Réadaptation : SSR)や長期医療も提供する。さらに 90 施設の精神科専門の公立病院が存在する。

営利の私立病院は多様な形態で運営されており、一般的には clinique と呼ばれる。通常、公立病院はさまざまな医療提供組織を持ち、総合的な医療を提供しているのに対して、営利私立病院は、多くの場合 MCO、SSR あるいは精神科医療に特化した医療提供を行っている(表 1 参照)。全体として見た場合、営利私立病院の活動の中心は、MCO(医療活動全体の 44%)と SSR(同 39%)にある²。

非営利私立病院の多くは、宗教的、慈善的あるいは相互扶助の活動を基盤とするものであり、アソシエーションや共済組合、財団等によって運営されている。入院診療の実施に加えて、訪問看護組織や要介護高齢者施設、在宅入院(hospitalisation à domicile : HAD)の組織を併せ持つ場合も多い(GPI SPSI 2013 : 39)³。非営利私立病院のなかでも特別な役割を担う病院として 19 の地域圏がんセンターが存在する。がんの診療に特化した病院であり、教育・研究面においては公立病院と同様の役割を担っている。

2) 公的サービスの任務

1970 年 12 月 31 日の法律によって、公的病院サービスという概念が導入された。これは、公立病院と非営利私立病院を中心とした公的病院サービス参加病院に対して、医療へのアクセスと治療の平等性、医療の継続性、望ましい医療の質を確保するための不断の適応等を求めることを通じて、すべての人への医療保障を実現しようとするものであった。

HPST 法は公的病院サービスの仕組みを見直し、新たに「公的サービスの任務(missions de service public : MSP)」⁴を定めると同時に、多様な主体がこれを担う可能性を開いた。

² 活動の割合を示す数値は、医療を提供した日数によって計算した場合の医療活動の割合である。FHP 2012: 78 による。

³ 在宅入院制度については、加藤報告書を参照されたい。在宅入院による医療が提供された総日数の 63%は公益(あるいは非営利)の私立病院、27%は公立病院によって提供されている(FHP 2012 : 79)。

⁴ 公的サービスの任務は、①医療の継続、②緩和医療の提供、③大学・卒後教育、④研究、⑤病院および病院外での継続的な職業訓練、⑥助産師とコメディカルの養成と継続的な職業訓練等、⑦健康のための予防・教育活動とその調整、⑧救急医療の支援、⑨社会的排除との闘い、⑩公衆衛生活動、⑪承諾なしの入院患者の引き受け、⑫刑務所に拘留された人への医療提供、⑬外国人の入国・滞在に関する規定の対象となる人への医療提供、⑭保安

つまり MSP は、従来の公的病院サービスを担ってきた公立病院や非営利私立病院のみならず、営利の私立病院や保健センター(centre de santé)⁵、多職種の診療施設(maison de santé)⁶、保健医療ポール(pôles de santé)⁷、さらには医療提供者によって構成される医療協力連合(groupement de coopération sanitaire : GCS)⁸によっても担われることとされた。地域の多様な医療資源の関与のもとで医療供給を柔軟に活用することによって、常時の医療へのアクセスを確保することが企図されている。なお、MSP を担う私立病院は、新たに公益私立病院(établissement de santé privé d'intérêt collectif : ESPIC)と位置づけられることとなった。ほとんどの非営利私立病院は ESPIC である。

(2) 医療従事者

2003 年から現在に至る医療従事者(医師・歯科医師・薬剤師、コメディカル(auxiliaires médicaux))の職種と数の推移は表 2 のとおりである。

1) 医師

医師は増加傾向にあり、2013 年現在で 218,296 人(フランス本土に 213,227 人)である。国境を越えた医師の移動が見られ、医師のうち 21,111 人はフランス以外の国の医師免許を有している。このうち 46.8%はヨーロッパ内(ルーマニア、ベルギー等)の医師免許であり、残りの多くはマグレブ諸国(多くはアルジェリア)の免許である(GIP SPSI 2013: 22)。人口

表2 医療従事者数の推移(2003-2013年)

	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
医療職と薬剤師											
医師	205,437	207,736	210,203	211,713	212,711	212,874	213,821	212,044	213,442	216,762	218,296
歯科医師	41,375	41,653	41,857	42,169	42,242	42,246	41,968	41,799	41,836	40,599	40,833
助産師	16,280	16,765	17,215	17,695	18,237	18,755	19,651	20,040	18,835	19,128	20,235
薬剤師	64,975	66,266	68,656	70,664	71,806	73,485	74,465	75,432	73,298	72,811	73,670
コメディカル											
看護師	431,565	446,100	461,503	478,483	493,503	487,663	507,514	528,389	547,861	567,564	595,594
マッサージ・運動療法士	58,109	59,895	61,705	63,431	64,098	65,931	68,751	70,845	72,850	75,164	77,778
足治療師	9,948	10,344	10,661	11,008	11,197	11,132	11,189	11,453	11,747	12,085	12,430
言語療法士	15,159	15,707	16,288	16,946	17,545	18,250	18,979	19,763	20,523	21,220	21,902
視能訓練士	2,452	2,557	2,636	2,730	2,866	2,983	3,151	3,312	3,480	3,655	3,826
眼鏡製造士	12,968	13,892	15,363	16,397	17,389	18,417	19,893	21,055	23,675	25,010	27,340
臨床心理士	5,407	5,707	5,984	6,307	6,654	6,956	7,322	7,669	7,992	8,385	8,891
放射線技師	23,475	24,310	24,920	25,520	26,311	27,077	28,008	28,666	29,352	30,201	31,242
作業療法士	4,747	5,061	5,441	5,773	6,155	6,553	6,951	7,353	7,695	8,079	8,539

資料: Inseeホームページ(http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103)より作成。

社会医療司法センターに拘留されている人への医療提供である。

⁵ 本稿の「2. 平等な医療アクセスの確保 (6)保健センター」参照。

⁶ maison de santé は「保健医療の家(施設あるいはホーム)」であるが、他の医療供給主体との違いを明確にするために、本稿では「多職種の診療施設」と表記することにする。本稿の「3.供給者間の連携確保 (2)地域における多職種の協力・連携の推進」参照。

⁷ 本稿の「3.供給者間の連携確保 (2)地域における多職種の協力・連携の推進」参照。

⁸ 本稿の「3.供給者間の連携確保 (1)病院を中心とした協力体制の構築」参照。

10万人当たりの医師数は333人であり⁹、OECD諸国の中では、医師密度の高い国の一つである。

開業医による医療供給を確保するためには、まず一定の医師数を確保しなければならない。医師数は、戦後一貫して増加し続けたが、その過剰が懸念されるようになった1970年代から1990年代初頭まで、二年目に進級することのできる医学生の数制限(進級者数制限(numerous clausus))を引き下げることによって、調整が図られてきた。その後、この制限が緩和されて、現在は7,400前後で推移している(Marié 2012: 405)。医師の増加は1990年代以降も続いたが、近年医師数は安定しつつある。しかしながら、相当数の医師が国境を越えて移動している今日では、進級者数制限のみでフランス国内の医師数を調整することは困難であると考えられている¹⁰。

一方で、自由業という形態で医療に従事することがとくに若い医師により好まれなくなっており、近年では一般医数の減少が顕著である¹¹。さらに医師の高齢化が進んでおり、近い将来、多くの医師の退職が見込まれているなかで、地域での医療を担っている開業医の世代交代がうまく行われなことが想定され、プライマリ・ケアへのアクセスの確保が危ぶまれる事態となっている。

また、自由医療の伝統のもとで自由開業制が堅持されてきたため、医師の偏在は激しく、農村等における医師不足が顕著となっている。地域圏による医師の偏在の状況を見てみると、2013年現在、Picardie地域圏では10万人当たりの医師数は238.5人であるのに対して、Provence Alpes Côte d'Azur地域圏では364.9人である(GIP SPSI 2013: 113-114)。さらに、同一地域圏内部の県ごとの医師の偏在も大きく、その高齢化の状況も異なるなかで、複雑な対応が求められる状況となっている。

あわせて医師の女性化も進展しており、2013年に新たに登録された医師の58%は女性である。これは、医師の働き方の見直しを迫る背景の一つとなっている。

開業医をめぐる以上のような状況のなかで、すべての人にプライマリ・ケアを確保するという政策目標を実現するために、医師が不足している地域において実効的な施策を展開することが喫緊の課題となっている。

2) 看護師

コメディカルの数の増加が顕著であるが、なかでも最多の看護師の数は2013年に595,594人に達しており、人口10万人あたりの看護師数は909人である。看護師の約70%は病院で勤務しており、その大部分は女性である¹²。日本との比較におけるフランスの特徴

⁹ Insee ホームページの2013年保健医療の専門職のデータによる。フランス本土に限定すると2013年現在、人口10万人当たりの医師数は299.7人であり、この値は人口の変化を背景として2012年からわずかに減少している(GIP SPSI 2013: 112)。

¹⁰ フランス医師組合同盟(CSMF)でのインタビュー調査による。

¹¹ 2008年から2013年の間に一般医の数が5%減少した(GIP SPSI 2013: 113)。

¹² 2012年現在、フランス本土の看護師の87.3%は女性である(GIP SPSI 2013: 29)。

として、手術室専門看護師、麻酔専門看護師、小児専門看護師の三つの専門看護師資格があり、それぞれが優先的あるいは限定的に実施する特定の看護行為は公衆衛生法典に明記されている¹³。

歴史的には、看護師は医師の処方に基づいて看護を行う役割を担っていたが、1978年5月31日の法律によって、処方に基づく看護を提供することに加えて、固有の役割(rôle propre)を遂行することが規定された。さらに1981年5月12日のデクレにおいて固有の役割が列挙された。以降、看護師の固有の役割は拡充されている¹⁴。また、医師の処方に基づき実施される看護行為は、医師の関わりの程度に応じて定められている¹⁵。診療の補助行為として看護師が実施できる行為の範囲は、日本の看護師よりも広い(篠田 2011)。

さらに日本との比較において特徴的であるのは、フランスでは自由看護師(infirmiers libéraux 以下、開業看護師とする)として開業して活動することが可能であることである¹⁶。単独で開業する場合もあるが、他の自由業の職種とともに開業する場合が多い。看護師として開業するためには、看護師の国家資格を有し、直近の6年間に、少なくとも24ヵ月(あるいは3,200時間)の職業的な経験を有することが求められる¹⁷。開業看護師は開業した地域の看護師会への登録を行う。さらに活動場所のARSに自らの資格の登録を行うこととなっている。医療保険との関係においては、看護師の全国協約に加入した開業看護師は協約料金で看護を提供し、出来高払いで患者から直接支払いを受ける¹⁸。現在、約8万人が開業看護師として活動している¹⁹。継続的な医療を確保し、在宅医療を支えるという政策目標を実現するためにも開業看護師の活躍が期待されている。

3) 保健医療に携わる専門職の数と配置

地域の医療の必要に応えることのできる医療供給体制を確保するためには、病院を計画的に整備するのみならず、医師を中心とした医療従事者を十分に確保し、必要に応じた地域的な配置を実現することが求められる。このような政策課題によりよく対応するため、2003年に国立医療人口観察局(Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé : ONDPS)が創設された。ONDPSは、保健医療を担当する大臣のもとで、医療従

¹³ 公衆衛生法典のR.4311-11からR.4311-13条参照。

¹⁴ 公衆衛生法典R.4311-3からR.4311-5条参照。

¹⁵ 公衆衛生法典R.4311-7からR.4311-10条参照。

¹⁶ 看護師のみではなく、フランスではすべてのコメディカル職に開業権がある(篠田 2011: 34)。

¹⁷ 職業的な経験は、ヨーロッパ共同体(EU)の加盟国かスイスにおいて、総合的な看護を提供する組織(病院や高齢者を中心とした訪問看護を提供するSSIAD等)で行われたものでなければならない。また、6年以上看護を行っていなかった場合には、36ヵ月の職業的な経験が必要となる。

¹⁸ 多くの場合、患者は費用の60%を医療保険から償還され、残りの40%は自己負担か補足的医療保険の負担となる。

¹⁹ La fonction d'infirmière libérale : définition et activité のホームページ (<http://www.infirmiers.com/> 2014年3月31日アクセス)による。

事者と医療へのアクセスに関する情報を収集し、それらを総括して提供する役割を担う。このため ONDPS は、医療従事者の人口、地域における配置状況(implantation)、業務実施の方式(とりわけ多職種による業務)、および医療へのアクセスに関する地域圏・全国の分析に必要な情報を収集する。また ONDPS は、地域圏委員会の提案に基づき、養成すべき医療従事者の数と配分を、専門分野・地域圏ごとに保健医療を担当する大臣および高等教育を担当する大臣に提案する役割を担う。

ONDPS は、大臣のアレテによって任命される局長のもと、方針決定評議会(conseil d'orientation)と地域圏委員会によって構成されている。前者は、保健医療省の関連各局の代表者と被用者疾病保険金庫長、全国自立連帯金庫長の他、大臣によって任命される 12 人の有識者からなる。後者の地域圏委員会は、各地域圏において ARS の長官を委員長とし、医学部の学部長、医師会等の医療従事者の組織の代表者、病院団体の代表者、患者組織の代表者など、多様な関係者によって構成される。

ONDPS によって 2010 年に作成された報告書では、2010-2014 年のインターン(研修医)の数と配置に関する分析の結果が示され、それに基づく提案が行われた。地域圏による医師の過不足の状況を是正すること、総合医療(medicine générale)を担う一般医の数を増加させることが大きな柱となっている。医師数は主に進級者数制限を通じてコントロールされており、ONDPS はこの制限された進級者数を基礎として、人口 1,000 人当たりの進級者数が全国平均よりも少ない地域圏にはより多くのインターンを受け入れ、制限学生数が多い地域圏にはより少ないインターンを受け入れること、さらにインターンのポストの 50% を総合医療において確保することを提案した。

これを受けて 2010 年 7 月 12 日のアレテによって、5 年間(2010-2014 年)の専門別・地域圏別のインターンの割当が定められた。この期間にインターンのポストは全体で 6,839 から 8,089 へ推移するが、その半分以上は総合医療に充てられる(Marié 2012 : 405)。これによって医師の偏在が緩和されることが期待されるが、自由開業制のもとでは、インターンとして研修を実施した地域圏外で開業することも当然のことながら可能であり、その効果は限定的とならざるを得ない。

(3) 医療供給に関する制度改革

1) 改革の経緯と本研究の対象

フランスでは 1990 年代から、とりわけ病院医療供給に関する抜本的な制度改革が継続的に実施されている。歴史的な経緯によって公私の両部門をとりまく制度(診療報酬制度、開設等の許可・承認制度等)が大きく異なり、地域的にばらつきの大きかった病院医療の供給状況を改善することは、長らく政治的な重要課題であった。このような供給状況を改善し、住民の医療の必要に応じた病院医療の供給体制を構築するために用いられた方法は、病院の設立等をめぐる規制と連動した「保健医療計画」の策定と実施であった。1970 年には保健医療地図(cartes sanitaires)が導入され、病院医療の計画化が本格的に開始された。1991

年には保健医療地図の機能を補完、強化するために地域圏保健医療組織計画(schéma régional d'organisation sanitaire : SROS)が導入された。これは、医療提供組織の最適な地理的配分を定め、既存の医療提供組織の変更等を促すものである。1996年には、地域圏病院庁(agence régionale de l'hospitalisation : ARH)が創設され、病院医療供給に関わるコントロール権限が ARH に統一された。ARH のもとで定められる保健医療計画は、病院を規制する許可等と財源配分と連動させながら、その実効性を高めていった。しかしながら、これらの制度的枠組みは、主に「病院」を対象としたものであり、入院診療と外来診療の連携、予防の強化、社会医療部門との連携等の必要性が強く認識されるようになると、保健医療を掌る枠組みの大規模な再編が求められるようになった。

一方、開業医や開業看護師を中心に展開される外来診療や在宅医療の領域においては、1990年代に在宅入院制度が推進されるようになり、さらに2005年にはかかりつけ医制度が導入されるなどの改革が行われた²⁰。最近ではプライマリ・ケアへのアクセスを確保するため、多職種の連携を強化し、協力体制を構築するための新たな試みや、医師不足の地域における医師の開業の支援等が積極的に展開されている。

本稿が対象とするのは主に1990年代以降の諸改革であるが、保健医療のあらゆる領域へと改革が及んでいく2000年代以降の改革方策を中心に取り上げる。そのなかでもHPST法による改革とその影響に注目しながら検討を行う。そのために、まずHPST法の概要について見ておくこととする。

2) HPST法による医療制度改革

① 立法の背景

HPST法案の理由書の前文において、次のような問題認識が示されている。「連帯原則に基づくフランスの医療制度は、注目すべき質と安全を提供している。しかしながら、医療提供者の間の連携(coordination)の不十分さと地域の保健医療専門職の配置の不均衡によって、医療(soins)へのアクセスがフランス市民にとってますます重要な問題となっている。人口の高齢化と医療の専門化という二つの脅威が明白となるなかで、今日この制度は限界と脆弱さを示している。HPST法は、医療へアクセスできることを第一の優先課題と位置付け、とりわけ医療の経路(parcours de soins)のよりよい連携を通じて、我々の医療制度にとって不可欠な現代化(modernisation)に取りかかることを目指す。法案は、病院、外来の保健医療部門のみならず、社会医療部門においても組織の変更を求めるものである。地域圏における単一の主体による横断的な管理は必要不可欠な条件であり、これが、ARSを創設する組織改革を実施する理由である。最後に、この法案は市民の健康の改善に寄与する予防活動を提案する。」

以上のようにHPST法は、フランスのすべての地域において医療へのアクセスを確保するために、既存の保健医療・福祉の供給体制を再編することを主要な目的とし、包括的な

²⁰ かかりつけ医制度については、加藤報告書を参照されたい。

コントロール主体の設置と供給者間の連携強化を通じて、これを実現しようとするものである。

② HPST 法の内容

HPST 法は四編から構成されている。第一編「医療施設の現代化」は、主に公立病院を対象とした改革方策について定めている。新たな医療供給体制の再編に公立病院を適応させるための内部の組織改革と病院間の連携強化策が含まれている。

第二編「質の確保された医療へのすべての人のアクセス」では、地域の医療の必要によりよく対応するためにプライマリ・ケアや継続的な医療提供、保健医療の専門職間での協力の強化等が定められている。

第三編「予防と公衆衛生」では、慢性疾患を持つ者と若年者の健康に関する方策等が定められている。これまで予防は、医療との関係においては付随的なものとみなす見方が強かった。HPST 法は、医療と予防の均衡を取り戻し、予防を強化するものである。なかでも施策の重点は疾病教育(*éducation thérapeutique*)に置かれており、疾病教育は、初めて「政策」、さらには「国家の優先課題」となった。これまでも多様な保健医療に関わる主体によって疾病教育が推進されてきたが、HPST 法はこれらのインフォーマルな実践に対して法的枠組みを与えるものであり、それらのイニシアティブを促進し、試みられている活動を永続化するものである(Couty et al. 2009: 233)。

第四編「保健医療システムの地域組織」では、とりわけ保健医療を管轄する地域圏で唯一の組織である ARS の創設について定められている。あわせて新たな地域圏の保健医療計画の枠組みが提示されている。

以上のように HPST 法の内容は広範にわたる。本稿では、医療へのアクセスの確保と供給者間の連携に関連した改革方策に焦点を当てて検討を行うこととする。

(4) 地域圏保健庁(ARS)

個々の改革方策について検討する前に、現在のフランスにおいて保健医療に関わる政策を遂行するための中心的な機関である ARS の概要について見ておく。各地域圏において医療供給を単一の組織で統一的にコントロールするというアイディアは必ずしも新しいものではない。1995年に当時のジュペ首相によって提示された社会保障の再建計画(ジュペ・プラン)に盛り込まれ、1996年4月24日のオルドナンスによって創設された ARH(地域圏病院庁)が、このような考え方に基づいた医療供給のコントロール機関の最初の形態であった。ARHは、長い歴史のなかで調和を欠いたまま異なる制度的環境のもとでばらばらに発展を遂げてきた公立病院と私立病院を、統一的な機関で一体的にコントロールすることによって、よりよい病院医療を実現することを目的としていた。公立・私立病院の間に、より調和的で補完的な関係を構築することが長年の重要な政策課題であったフランスにおいて、ARHの創設は一つの革新であり、大きな前進であった。

しかしながら、医療システムの効率化、医療へのアクセスの改善、保健医療計画の包括化等が追及されるなかで、国と医療保険と ARH の間で分担されている医療システムの舵取りを統一化する必要があると考えられた。2008 年に提出された ARS の創設に関する二つの報告書²¹に基づいて、ARS の創設のための準備が進められ、HPST 法によって ARS が創設されることとなった。ARS は 2010 年 4 月から各地域圏における保健医療政策を掌っている。国の定めた保健医療に関する全国的な目標や計画を、地域圏のレベルにおいて具体的に実施する権限を持つのが ARS である。ARS は住民の健康状態等に関する地域的な特性を踏まえて地域圏の優先課題を特定し、それを推進していく役割を担う。

1) ARS の概要

ARS の法的地位は、行政的性質の国の公施設法人(*établissements publics de l'État à caractère administratif*)である。ARS の前身となった ARH の法的地位が、医療保険と国を結びつける公益団体(*groupements d'intérêt public*)であったことを考慮すると、ARS の創設は国の役割を強化したことを示している(Couty et al. 2009 : 312)。ARS は、保健医療、医療保険、高齢者および障害者を担当する大臣の後見監督下に置かれる。

ARS には、国家医療保険支出目標(ONDAM)の遵守に寄与し、国民の医療の必要への対応を行いながら、効率的な医療システムの運営を実現することが求められる。ARS の任務は大きく二つに分けることができる。一つは公衆衛生政策に関するものであり、ARS は保健医療領域における監督・安全確保、流行性疾患の監視等を担う。また、予防活動と健康推進について規定し、財源を供給し、評価を行う。さらに、県知事と連携しながら公衆衛生上の危機を予知し、備え、管理を行う。

二つ目は、保健医療サービスの供給のコントロール(*régulation*)に関するものである。ARS は、医療と社会医療サービスの領域における必要への対応と医療システムの効率性を確保しなければならない。保健医療供給のコントロールは、外来部門、社会医療部門(高齢者と障害者の支援と寄り添い(*accompagnement*))および病院部門を対象とする。ARS は、地域における医療供給の適切な分配を実現し、資源のよりよい利用と医療費の抑制を推進する役割を担う。

ARS の創設は、保健医療システムを単純化し、多様な権限と責任を地域圏レベルにおいて統合することを企図したものであるが、この目的のために、従来、地域圏と県において保健医療政策に関わっていた 7 つの組織が ARS に吸収された²²。

ARS の決定機関は、長官(*directeur général*)と監視委員会(*conseil de surveillance*)である。長官は ARS の執行機関であり、大きな権限を有し、他の権力当局に割り当てられていないすべての権限を国の名において行使する。従来 of ARH の長官よりも大きな権限を有し

²¹ Philippe Ritter による「ARS の創設に関する報告書」(2008 年 1 月)と、Yves Bur による「ARS に関する報告書」(2008 年 2 月)である。

²² 7 つの組織については加藤報告書を参照されたい。

ている。とくに重要であるのは、後述する地域圏保健計画、目的と手段に関する複数年契約(contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : CPOM)および医療活動と高額医療機器の許可に関する決定権限である。長官は閣議において任命される。

一方、監視委員会は ARS の審議機関であり、保健医療に関連する多様な構成メンバーからなる²³。なお、監視委員会の長は国の代表者により担われる。

監視委員会の権限は限定されており、主要なものは、a. 長官の提案に基づき、ARS の予算を承認する、b. 地域圏保健医療戦略計画と CPOM について、さらに少なくとも年一回は ARS の活動結果について意見表明を行う、c. 財務勘定を承認することである²⁴。

各 ARS には地域圏保健医療自律会議(conférence régionale de la santé et de l'autonomie : CRSA)と二つの調整委員会(commissions de coordination)が設置される。このうち CRSA は、当該地域圏の保健医療に関わる多様な当事者によって構成され、保健医療における民主制を実現するための審議組織である。CRSA は、地方自治体の代表者、保健医療・社会医療サービスの利用者代表、社会的パートナーの代表者、社会包摂・保護の当事者代表、予防・健康教育の当事者代表、保健医療サービスの提供者代表等からなる 100 名近い規模の組織である。CRSA は、当該地域圏の保健医療政策に関する意見表明等を行う。

また、調整委員会の一つは予防・学校保健・産業医療および母性・児童保護の領域において、もう一つは、社会医療サービス等の提供に関する領域において設置される。これらの調整委員会は、諮問的な、あるいは技術面における権限を有する。

2) 地域圏保健計画

ARS の政策(stratégie)は、地域圏保健計画(PRS)において示される。PRS を定める権限は ARS の長官が有している。PRS は、ARS の推進する活動の複数年(概ね 5 年)にわたる目標と、それを達成するための方策を定めるものである。PRS と国の関係について、公衆衛生法典には、「PRS は国家の保健医療政策を推進する施策の一環であり、財政法律と社会保障財政法律によって予定される財政的措置に従う」と定められている。PRS は国家の保健医療政策を地域圏において実施するための計画であるが、同時に地域圏に特有の問題に対応していくための方向性を示すものでもある。PRS は階層的な複数の計画から構成されるが、最初のステップは、地域圏保健医療戦略プラン(plan stratégique régional de santé : PSRS)の策定である。PSRS では、地域圏における 5 年間の優先課題と全体目標が定められる。

²³ 国の代表者(4 名)、医療保険の地方組織の理事会のメンバー(10 名)、地方自治体の代表者(4 名)、患者・高齢者・障害者団体の代表者(3 名)、ARS の権限領域における有識者(担当大臣による任命)(4 名)、投票権のないメンバー(5 名)である。

²⁴ この他、毎年、長官が、当該 ARS の管轄下にある保健医療政策および医療・社会医療サービスに関する国、医療保険制度および全国連帯自律金庫(CNSA)の任務全体の遂行状況を示した財政状況を監視委員会に提出する(監視委員会は公的資金の管理運営を評価する)。

PSRSのもとに三つの具体的な計画(schéma)が作成される。それらは、地域圏予防計画(schéma régional de prévention)、地域圏医療組織計画(schéma régional de l'organisation des soins : SROS)、および地域圏社会医療組織計画(schéma régional de l'organisation médico-sociale : SPOSM)である。

一つ目の地域圏予防計画には、狭義の予防のみではなく、健康の推進、環境面からの健康、さらには保健医療領域における安全の確保が盛り込まれる。

二つ目の地域圏医療組織計画(SROS)は、HPST法による改革以前の旧SROS(主に病院を対象)を引き継ぐものであるが²⁵、新たなSROSは二つの部門(病院部門と外来診療部門)からなり、外来診療が追加されたことによって計画の対象は大幅に拡大された。外来診療部門のSROSの対象となるのは、自由業の一般医、看護師、運動療法士、薬剤師、歯科医師、助産師、視能訓練士、足治療士、聴覚訓練士である。SROSは、医療の必要に対応するために、医療供給の求められる変化を予測し、推進することを目的とする。そのために医療圏(territoire de santé)²⁶をベースとして、具体的な医療供給の目標を設定するものである。

三つ目の地域圏社会医療組織計画(SROSM)が対象とするのは、障害児施設、職業リハビリテーション施設、要介護高齢者入所施設、障害者施設、依存症の社会医療組織である。SROSMは、障害のある人々あるいは要介護の状態にある人々の社会医療的な受け入れと支援の必要に応えるために、社会医療施設・サービスの供給の求められる変化を予想し、推進することを目的とする。

これらの計画に加えて、地域圏ごとに、「低所得者の予防・医療へのアクセス」、「遠隔医療」、「高齢者・障害者の寄り添い支援」などといった特定のテーマを扱う特別プログラムが策定され、推進される。またHPST法は、国と全国疾病保険連合(UNCAM)が締結した契約に定められた全国的行動(actions nationales)と、地域圏の特性を考慮に入れた追加的な行動を対象とした「リスクの管理の地域圏プログラム」について規定しており、これに基づいた地域圏ごとのプログラムが定められる。

以上の具体的な計画やプログラムからなる地域圏保健計画に基づき、各医療圏では、ARSによって、地域圏の保健医療・福祉領域での望ましい供給のあり方が模索されている。

3) コントロール手段

① 目標と手段に関する複数年契約(CPOM)

地域圏における医療供給をよりよくコントロールするための手段の一つは、ARSと個々の医療提供者との間で締結されるCPOMである。CPOMは1991年に導入され、病院改革に関する1996年4月24日のオールドナンスによって重要性を増した契約的手法である。

²⁵ 病院を対象としたSROSについては、松本 2012a 参照。

²⁶ 「医療圏」は2003年9月4日のオールドナンスによって導入された新たな地理的な範囲である。従来の行政区画をベースにした「医療区(secteur sanitaire)」は医療圏に置き換えられ、地域圏ごとに、それぞれの医療活動に対応する医療圏が設定されることとなった。

HPST 法の制定以前は、ARH と公立・私立病院の間で締結されていた。

HPST 法は CPOM の適用対象を拡大し、その役割を強化した。同法によれば、CPOM は、地域圏保健計画(とりわけ SROS)に基づき、病院医療活動あるいは高額医療設備の許可の保有者、医療協力連合(GCS)の戦略的方針を定めるものである。これらの医療提供者にとって CPOM の締結は義務であり、CPOM は、地域圏保健計画に基づいて策定された SROS を、個々の病院や医療活動を実施する組織へと下ろしていき、実践レベルにおいて SROS の実現を確保する役割を果たす。包括的な地域圏保健計画のもとで個々の CPOM は、SROS のみではなく、地域圏予防計画や SROMS をも考慮したものとして締結される。CPOM は最長 5 年の期限で締結される。

CPOM には、主要には次のような内容が盛り込まれる。

- 財政均衡の回復等に関する義務等
- 医療活動の変更および連携のための義務
- 施設における緩和ケアの活動に関する項目
- 許可を得た医療活動と高額医療設備の量的な目標とそれを実施するための条件
- 医療の質と安全に関わる目標と高等保健機構(Haute Autorité de Santé : HAS)の認証手続き後に作成する医療の質と安全の改善契約
- 支出の医学的抑制、実践の進展と改善の目標
- 組織と施設運営に関する変更

CPOM に盛り込まれた内容を完全にあるいは部分的に実行しなかった場合には、罰金が科される。罰金の額は、確認された違反の程度に応じて計算されるが、病院あるいは許可の保有者が医療保険制度から受け取る収入の 5%を超えないものとされている。

また、HPST 法によって、ARS は病院や許可の保有者以外の保健医療サービスの提供者と CPOM を締結できることとなった。それらの提供者とは、後述の保健医療ネットワーク(réseaux de santé)²⁷、保健センター、保健医療ポール、多職種の診療施設である。これらの供給者が ARS から財政的な支援や補助金を受け取る場合には、CPOM の締結が条件となる。さらに CPOM は一定の要介護高齢者施設に対して締結が義務付けられるなど、その適用範囲が社会医療部門にも拡大され、施設におけるケアの質等の改善が図られることとなった。

② 許可制度

フランスにおいて病院を設立し、あるいは医療活動を行うためには許可(autorisation)が必要である。高額医療設備(équipements matériels lourds)を設置する場合にも許可が必要となる。許可の対象となる医療活動と高額医療設備の種類は法令によって定められている²⁸。

歴史的に、公立病院と私立病院では異なっていた病院の設立等に関する規制は、病院改

²⁷ 本稿の「3.供給者間の連携確保 (2)地域における多職種の協力・連携の推進」参照。

²⁸ 公衆衛生法典の R.6122-25 および 26 条に列挙されている。

革に関する 1991 年 7 月 31 日法によって統一され、強化された。従来、無期限であった許可は有期(5 年以上)となった。同法によって導入された SROS(旧)と許可制度を連動させることによって、つまり SROS(旧)に定められた目標に合致する場合に許可を与えるという方法によって規制の実効性を高めていった。

1990 年代までは適用される期間が SROS(旧)と許可制度では異なっており、不整合が指摘されていた。このため 2003 年 9 月 4 日のオルドナンスによって、保健医療計画と許可制度は一体的に実施されることとなった。今日、地域圏保健計画によって医療の必要に対応するために必要であるとされた医療施設、医療活動および高額医療設備に関しては許可が交付され、あるいは更新される。許可の有効期間は通常 5 年間である。許可の権限は ARS の長官に属しているが、許可のプロセスにおいては地域圏保健医療自律会議(CRSA)の特別委員会への諮問が行われる。

許可制度に関しては、HPST 法では部分的な変更が行われたのみであり²⁹、従来の枠組みが維持されている。

4) 病院へのアクセス

1990 年代からの病院医療供給をめぐる制度改革と保健医療計画の拡充によって、今日、地域における病院へのアクセスはどのような状況にあるのだろうか。救急医療を除く入院診療のための病院のアクセスに関して実施された 2008 年の調査(Evain 2011)によれば、短期入院の患者が入院のために自宅から移動するための時間は、患者の半数が 21 分以内であった。このうち患者の四分の一は 9 分以内、また 37 分以上かかった患者も四分の一という結果であった。同調査によれば、出産の場合には入院に要する時間はより短く、患者の半数は 17 分以内に病院に行くことができた。この時間は専門分野によって異なり(内科の場合には 21 分、外科の場合には 24 分)、また病院の種類によっても異なる(大学・地域圏病院センターの場合には 29 分、地域の病院センターの場合には 18 分)。このように病院へのアクセスが、実際にアクセスに要する時間として具体的に分析され、政策的な対応が検討されていることが重要である。

次に、プライマリ・ケアへのアクセスについて検討していくこととする。

2. 平等な医療アクセスの確保

第二次世界大戦後のフランスでは、病院制度の改善に向けた取組みが継続的に行われて

²⁹ 従来、諮問機関であった地域圏保健医療組織委員会(CROS)が廃止され新たな CRSA となった点、許可を得た医療活動の開始あるいは高額医療設備の使用開始時に ARS の長官に対して申請を行うことが新たに求められ、この申請を ARS が受理した時点から許可の期限 5 年が開始される点等である。

きた。1990年代には ARH が創設され、計画化を通じて病院を中心とした医療供給体制の整備とアクセスの改善が強化されたことは先に見たとおりである。このような政策的努力は、病院(入院診療)への平等なアクセスを確保することに重点が置かれていた。

一方で、外来診療や在宅医療の領域における医療アクセスの確保に関する政策的対応は遅れていたが、2000年代に入り、地域住民の医療の必要に最も近くで対応するプライマリ・ケアの拡充が推進されている。フランスにおいて、プライマリ・ケアに相当する概念はしばしば「最初に求めるケア(soins de premier recours)」と表現され、その意味するところは2009年 HPST 法において明確化された。本稿では、この概念の訳語として、より一般的な「プライマリ・ケア」を用いることとする。同法により改められた公衆衛生法典の医療供給組織に関する新たな規定によれば、プライマリ・ケアは次のように説明されている。プライマリ・ケアへのアクセスと患者の継続的な引き受け(prise en charge)は、経路の距離と時間、質および安全において評価される近さ(proximité)を重視して定められる。これらのケアには、①予防、検診、診断、治療及び継続的な検査(suivi)、②医薬品・医療材料の配布・投与、薬学的助言、③医療制度および社会医療部門における方向付け(orientation)、④健康のための教育が含まれる。

医療へのアクセスを確保するためには、第一に身近な地域においてプライマリ・ケアを担う開業医が存在していることが不可欠である。しかしながら今日、新たに医師となった者の9割以上は勤務医という勤務形態を選択しており(Marié 2012 : 404)、開業医の高齢化が進むなかでプライマリ・ケアの担い手が不足することが懸念されている。これは、地域によっては医療へのアクセスが脅かされる「医療過疎化」の問題として注目されるようになった³⁰。以下では、外来診療の領域において医療へのアクセスを確保するために実施されている注目すべき改革方策について見ていく。

(1) 開業医へのアクセスの改善

医療へのアクセスを改善するためには、医療供給が不足している地域において開業する医師を増やす必要がある。現在、この目的のために多様な主体がさまざまな方法によって推進方策を実施している。自由開業制のもとで展開される誘導策は、あくまでインセンティブを付与する奨励策(dispositifs incitatifs)であり、医療供給不足地域における医療活動のメリットを提供(あるいは障害を除去)し、より多くの医師が当該地域での医療に従事するように促すことがねらいである。このため、まず、医師の養成課程を修了したばかりの若い医師が、医療供給の不足地域で開業することを支援する取組みが行われている。さらに若い医師に限定せず、すでに開業医として活動している医師を含めて、医師不足の地域での医療活動を拡充するための奨励策が展開されている。

³⁰ 農村地域だけではなく、治安上の理由等から特定の都市部(例えば Saine-Saint-Denis 県)においても医師不足が深刻化している。

1) 医学生を対象とした奨励策

まず、医師養成課程にある医学生を対象とした施策について見ていく。国のイニシアティブに基づき、2009年 HPST 法によって公的サービス義務契約(*contrat d'engagement de service public*)の仕組みが創設された。対象となるのは、医師養成課程の二年目からインターンの最終年までにある医学生である。この契約を締結した場合、毎月 1,200 ユーロの手当が支給される見返りとして、養成教育の終了後、医師が不足している地域において協定料金で、手当を受給した期間と同じ期間、医業に従事することが求められる。当初は対象となる医学生には、医師として働く地域の自由な選択を制限されることへの躊躇が見られ、2011年7月の報告によると、2010年に目標とされた400件の契約に対して実際に締結に至ったのは148件のみであった(Marié 2012: 406)。2014年2月に実施したフランス医師組合同盟(CSMF)への訪問調査によれば契約件数は増加しており³¹、定着しつつあると考えられる。

さらに2013年からは、医療供給が不足し、医療へのアクセスが困難となっている地域で開業する若い医師(新規開業あるいは開業一年未満)を対象とした収入の最低保証の仕組みが導入されている。この契約を締結した医師は、一月当たり165回以上の診察を行うことを条件として、最低月収6,900ユーロが保証される(実際に受け取った報酬との差額が支給される)。さらに病気や出産により休業した場合には、傷病手当金や出産手当金を受け取ることができる。この施策を実施するために当初200のポストが用意されたが、今後の医療の必要に応じて調整されることとなっている。

また、地方自治体にとっても医師不足を解消することは喫緊の課題であり、医師を呼び込むための取組みを行っている。地方自治体は、総合医療を志す第三サイクルの医学生のうち、医療供給が不足している地域で研修を実施する者に住宅手当と移動手当を支給することができる。また、ARSの定める医療不足地域の一覧表に掲載された地域において医業を行うことを約束した医学生に対して、学業手当の支給も行われる。先の公的サービス義務契約と比べると、医学生にとっては医業を行う場所について事前に交渉する余地が残されている点にメリットがある(Marié 2012: 406)。

2) 開業医を対象とした奨励策

次は、医療保険金庫と医師組合との間で締結される医療協約の枠組みにおいて実施される施策である。医療供給の不足している地域における医療提供を改善するために、まず2005年全国協約の補則として、2007年に5年間限定で協約オプション(*option conventionnelle*)が導入された。これは、医師不足の地域において3年間グループ診療を行った場合、報酬が20%加算される仕組みであった。協約オプションは、2011年7月26日の医療協約において導入された新たな二つの仕組みによって置き換えられた。一つ目は、人口オプション(*option démographie*)と呼ばれ、医師不足地域における医療の確保に寄与するグループ診療

³¹ インタビュー調査では、二年間で自発的に600人が署名したとのことであった。

を行う開業医、あるいは保健医療ポールのメンバーである開業医に対して経済的な支援を行うものである。医療活動の3分の2以上を医療供給の不足している地域の患者に対して行っている開業医を対象とするものであり、主に県境において開設された多職種の診療施設等において診療を行う医師を対象としている。当該地域においてグループで医療を提供し、継続的な医療の確保に貢献する見返りとして、3年にわたって年間5,000ユーロの投資資金(人員や設備の確保)の支援と年間報酬総額の10%(上限20,000ユーロ)を受けとることができる³²。この施策は、医療へのアクセス改善と、後述の医師のグループ化を同時に推進するものであるといえる。

二つ目は、地域連帯医療オプション(option santé solidarité territoriale)と呼ばれる施策である。医師不足ではない地域で診療を行う医師が、医療供給が不足している地域において年間28日以上活動をを行った場合に経済的な支援が行われる。主に医師密度の高い地域で開業している医師に向けた施策である。この活動に3年間参加することの見返りとして、当該地域で実施された活動の10%に相当する追加報酬と移動費が支給される。以上の二つの仕組みは、いずれも何ら強制力を伴わない自発性に基いた仕組みであり、医療アクセスの改善にどの程度寄与するのかが注目される場所である。

このほかにも、医師不足の地域で活動する開業医に対する税制面での優遇措置が実施されている³³。

3) 診療のグループ化の支援

2009年現在、一般医の54%はグループで医療提供を行っており、このような形態は近年急速に増加している。グループ診療の規模は比較的小さく、グループ診療を行う一般医の4分の3は、2人あるいは3人の医師のみで構成された診察室において医療を提供している。グループ診療志向は40歳以下の若い医師においてはとくに顕著であるが、これはとりわけ職業生活と個人的な生活とのよりよいバランスを確保するためである(Afrite et al. 2013: 1)。

また、多様な専門職とともにグループで医療提供を行うことによって、多職種間での相互のやりとりや協力が促進されるが、このことは患者への医療提供の質の改善にもつながる。さらに、先の開業医の例のように、グループ化することによって柔軟な働き方が可能となることは、とりわけ若い医療従事者にとって魅力的なものである。このためグループ診療は、医療過疎地域や医療の提供が不安定な地域における医療の確保に貢献するものであると期待が寄せられている。

このようなメリットを有するグループ診療の発展は政策的に推進されており、多様な主体による経済的な支援が行われている。まず、医療保険によって地域圏介入基金を通じた

³² 保健医療ポールの場合には、投資資金の支援として年間2,500ユーロと年間報酬総額の5%を受けとることができる。

³³ Marié 2012: 406-407 参照。

開業等の支援事業が実施されているが、これは2011年で185事業に上り、910万ユーロが投入された。支援対象の4分の3は多職種の診療施設である。また、国や地方自治体も多職種のグループ診療のための投資資金を支援している。農村地域においては、2010年に開始された国の計画によって、2010年から2013年までに医療供給の強化が必要な圏域において多職種の診療施設と保健医療ポールの250か所の設立に対して出資することが企図された。この目標値は引き上げられ、2014年末までに300施設の設立が目指されている。投資費用の支援は、一施設あたり平均で10万ユーロであり、2500万ユーロの予算規模である(Afrite et al. 2013 : 3)。

さらに、グループ診療における多職種の連携・協働をより積極的に推進し、医療の質や効率を高めるための政策的対応として、新たな報酬支払方式に関する試行事業(後述)が展開されている。

(2) 看護師へのアクセスの改善

医師の偏在に対応するために実施されている諸施策が強制力を伴わないものであるのに対して、看護師の地域的な配置の改善という観点からはもう少し踏み込んだ施策が実施されている。開業看護師と医療保険金庫との間で2008年と2009年に締結された協定(accords)によって医療連帯契約(contrats santé solidarité)が創設され、現在では奨励契約(contrats incitatifs)と呼ばれている。これは、自由看護師が、看護師の不足地域で開業し、疾病教育や予防活動、患者への医療提供の新たな方式に参加する見返りとして、家族給付の保険料負担分、年間最高3,000ユーロの投資支援金および看護活動報酬の再評価分(6%程度)を得ることができるというものである。また、当該協定は看護師の開業の自由に一定の拘束をもたらすものであり、看護師が過剰となっている地域の看護師数は凍結され、新たな開業は当該地域で活動していた看護師の退出が条件となる。この施策は、看護師へのアクセスの改善に大きな効果があったと評価されている。2008年から2011年の間に看護師が非常に不足している地域での開業が33.5%増加した。この施策は、2011年の協約交渉を通じて恒常化され、拡充された(GIP SPSI 2013: 115)。このような拘束力を伴う施策は看護師のみならず薬剤師にも適用されており、今後、さまざまな保健医療の専門職に対して医療保険との協約を通じたアクセスの改善の試みが行われると見込まれる。

(3) プライマリ・ケアへのアクセスの現状

プライマリ・ケアへのアクセスを考える場合に、まず一般医および看護師へのアクセスが重要であり、さまざまな施策が行われていることは先に見たとおりである。フランスに住む人々のプライマリ・ケアへのアクセスの状況を明らかにするため、医師、看護師、さらに地域のプライマリ・ケアを支えるその他の専門職(マッサージ・運動療法士、眼科医、婦人科医)へのアクセスの状況が公的機関によって分析されている(Barlet et al. 2012)。住民のプライマリ・ケアへのアクセスは、最も近くで開業する各専門職にアクセスするため